

# めまいのリハビリテーション治療

館 博明<sup>1)</sup>, 吉野 佳代<sup>1)</sup>, 藤田 博之<sup>1)</sup>, 金谷 健史<sup>2)</sup>

北海道社会保険病院 リハビリテーション部<sup>1)</sup> 耳鼻咽喉科<sup>2)</sup>

Key Words :

めまい、リハビリテーション、短期入院プログラム

## はじめに

近年、リハビリテーション分野がさまざまな領域に広がる中、耳鼻咽喉科領域では「めまいのリハビリテーション」(以下めまいリハ)が進められてきている。しかし、理学療法士(以下PT)などによる治療はまだ広がりを見せていないのが実情といえる。

当院では、平成13年3月から耳鼻咽喉科医師と連携し、PTによるめまいリハを積極的に実施しており、平成16年5月で全86症例を数えるに至った。

そこで今回、当院におけるめまいリハの紹介と、これまでの実績について検討し、若干の知見を得たので報告する。

## めまいリハビリテーションの紹介

当院でのめまいリハは、急性期の症状は落ち着いているが、持続的なめまい感が残っている症例、外来での投薬や通常の入院治療では改善の見込みない難治性の慢性めまい症例を対象としている(表1)。

### 【めまいリハビリテーションの対象】

- 急性期の症状は落ち着いているが、持続的なめまい感が残っている症例
- 外来での投薬や通常の入院治療では改善の見込みない難治性の慢性めまい症例

表-1

実際のプログラムは、北里大学神経耳科方式を一部変更し、全17項目を実施している。眼球の運動、頸部の運動など座位で行うものから始まり、起き上がり、立ち上がりなどの姿勢変換運動、更には立位

におけるバランス、歩行などとなっており、めまい誘発動作の反復を段階的に行うものとなっている(図1)。このプログラムを1日3回、朝・昼・夕方にそれぞれ約30分間程度で行い、1クール10日間の短期入院として実施している。

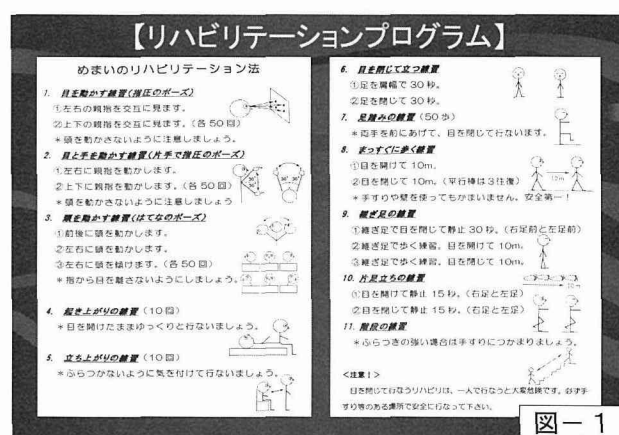
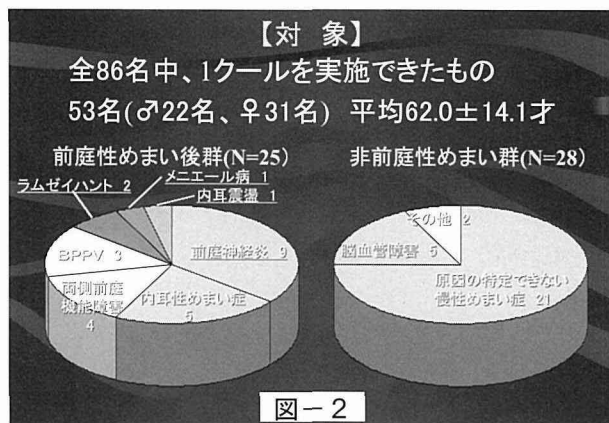


図-1

## 対 象

平成13年3月から平成16年5月まで、当院において入院治療を実施した86名中、1クール10日間を実施しえた53名を対象とした。年齢は平均62.0±14.1才であった。また、疾患背景を考慮し前庭性めまい後群(25例)と非前庭性めまい群(28例)の2群に分けて検討した。内わけは、前庭性めまい後群は、前庭神経炎9例、内耳性めまい症5例、両側前庭機能障害4例、BPPV 3例、ラムゼイハント症候群2例、メニエール病1例、内耳震盪1例の全25例。非前庭性めまい群は、原因の特定できない慢性めまい症21例、脳血管障害5例、その他2例であった(図2)。



## 方 法

まず、自覚症状の程度を0～4点の5段階評価とし、めまいリハ開始前から1クール終了の10日目まで毎日記録してもらった。評価項目は、回転性めまい、浮動性めまい、動揺視、頭痛・頭重感、肩こり・頸こり、歩行時フラフラ感、階段歩行時フラフラ感、バランス不良の全8項目とし、その合計総点数を自覚的なめまい、フラツキの程度の評価した(表2)。めまい、フラツキの改善は、めまいリハ開始前の合計点数を100とし、それに対する比率で比較した。検定は $\chi^2$ 乗検定、t検定により、危険率5%を有意水準とした。

自己評価用紙(入院)

	リハ前	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目
実施日	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
回転性めまい											
浮動性めまい											
動揺視											
頭痛・頭重											
肩こり・頸こり											
歩行時フラフラ											
階段歩行 フラフラ											
バランス不良											

5段階評価 0:なし 1:ごく軽度 2:軽度あり 3:中等度あり 4:高度あり

表-2

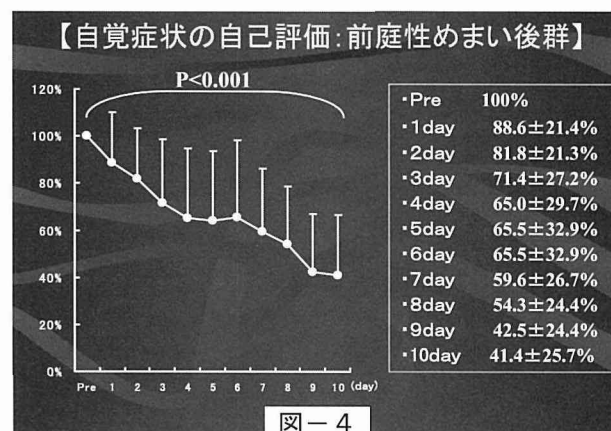
また、客観的なめまい、ふらつきを評価するために、重心動揺検査による比較検討を行った。重心動揺検査は、めまいリハ開始前と退院日に、開眼・閉眼立位を各60秒、3回測定し外周面積の平均値を比較し、その改善度を検討した。検定は、 $\chi^2$ 乗検定、t検定を用い危険率5%を有意水準とした。重心動揺の測定にはアクティブ balanser EAB 100(酒井医療社製)を用いた(図3)。



## 結 果

### ① 自覚症状の自己評価

前庭性めまい後群は、訓練経過とともに改善し、4日目から6日目で一時的に停滞があるものの10日目では約40%まで改善した。開始前と10日目では危険率0.1%で有意に改善を示した(図4)。

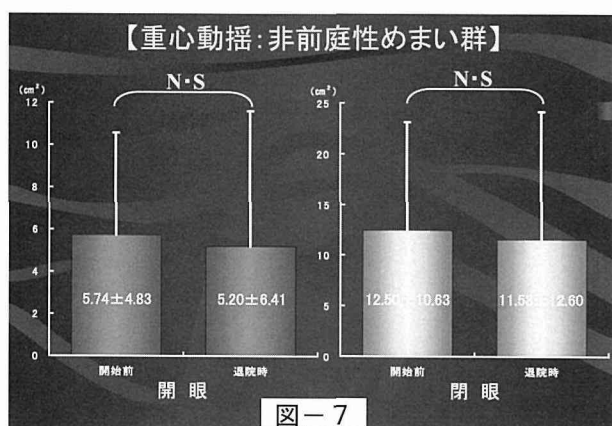
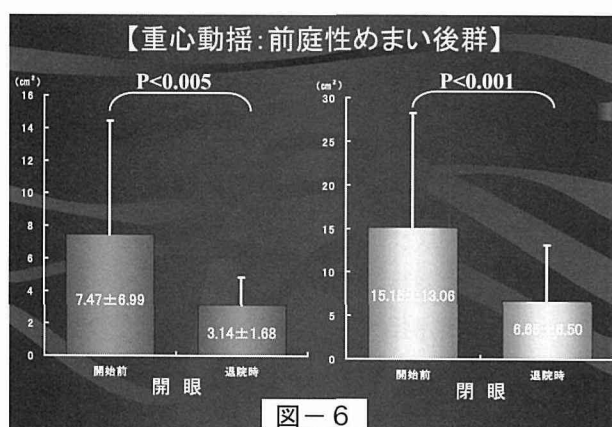
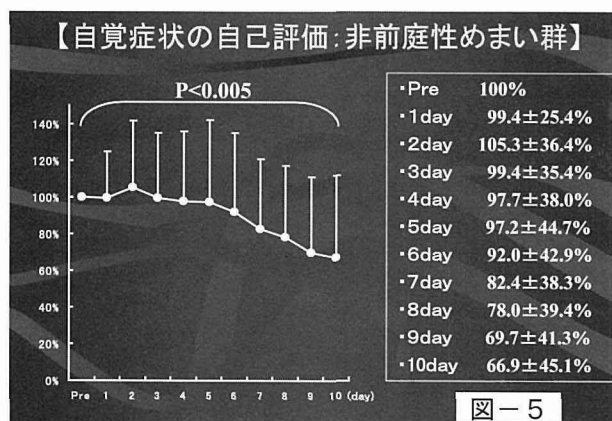


一方、非前庭性めまい群は5日目まではあまり変化が見られないが、それ以後徐々に改善し、10日目には約67%に改善した。開始前と10日目では、危険率0.5%で有意に改善を示した(図5)。

### ② 重心動揺の外周面積

前庭性めまい後群は、開眼・閉眼ともに退院時には良好な改善を示し、開眼で危険率0.5%、閉眼で危険率0.1%と何れも有意に改善する結果となった(図6)。

一方、非前庭性めまい群では、全体として改善傾向にあるものの有意な差は認められなかった(図7)。



## 考 察

めまい症状を呈する疾患は多く、その原因は多岐にわたる。原因が明確ではない症例も多い。

今回、前庭性めまい後群では自覚症状、重心動揺検査のいずれも有意差が認められ、当院で行っている10日間1クルールの短期入院めまいリハが有効であることを示唆するものであると考える。また、4日目から6日目で一時停滞が見られるが、これは土・日曜日のリハビリ休日と重なる症例が多く、土・日曜日は病棟での自主練習を主体として行っているため、安全性を考慮し可能なプログラムのみを実施していることが停滞の原因のひとつと考える。この停滞期間の自覚症状を項目ごとに見ると、肩こりや頭痛などの悪化などが多くなっており、リハビリ休日にも何らかの対応が必要であると考ええる。

非前庭性めまい群では、通常の外來投薬では改善の見られない症例を対象としている。そのような症例でも短期間の入院めまいリハ治療で自覚症状が改善したことは、本治療の重要なポイントと考える。このような症例の多くは、積極的な社会生活が送れず日常生活にも影響し、臥床傾向に陥るケースも少なくない。そのような症例においても自覚症状が軽減し、より活動的な生活を送る上での有効な治療法になりえるものと考ええる。しかし、客観的な指標である重心動揺検査では、短期間では有意な改善が見られないという点では、通院での継続的なリハビリテーション治療も踏まえた方法の再検討が必要であると考ええる。

## 参考文献

- 1) 内山靖：耳鼻咽喉科領域の理学療法。理学療法科学 11：85-95, 1996
- 2) 上田隆志、松永喬：耳鼻科疾患とめまい。診断と治療 86：1185-1189, 1998
- 3) 松岡明裕他：両側迷路障害のリハビリテーション。耳鼻臨床 84：429-443, 1991
- 4) 長沼英昭：平衡覚障害のリハビリテーション。総合リハ 30：707-712